

POLIS ASURANSI HOSPITAL CASH PLAN (5 DISEASES)

Bahwa Tertanggung telah mengajukan suatu permohonan tertulis yang menjadi dasar dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Polis ini, Penanggung akan memberikan santunan kepada Tertanggung atau Ahli Waris sebagaimana disebutkan dalam Ikhtisar Polis, berdasarkan pada syarat dan kondisi yang dicetak, dicantumkan, dilekatkan dan atau dibuat endorsemen pada Polis ini. Polis ini telah disesuaikan dengan Ketentuan Peraturan Perundang-Undangan termasuk Ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan.

PASAL 1. DEFINISI

Menyimpang dari arti yang berbeda yang mungkin diberikan oleh peraturan hukum yang berlaku, untuk keperluan Polis ini, semua istilah dibawah ini diartikan sebagaimana diuraikan berikut ini :

1. **Tertanggung** adalah orang-orang yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi Hospital Cash Plan 5 Diseases sebagaimana yang diatur dalam Ikhtisar Polis.
2. **Penanggung** adalah Perseroan Terbatas (PT) Asuransi Adira Dinamika.
3. **Polis** adalah perjanjian asuransi Hospital Cash Plan 5 Diseases antara Penanggung dan Tertanggung.
4. **Premi** adalah sejumlah uang yang harus dibayar oleh Tertanggung sebagai imbalan atas jasa pertanggungan atau asuransi yang diberikan oleh Penanggung.
5. **Masa Tunggu (Waiting Period)** adalah masa dimana Manfaat Asuransi yang tercantum dalam Polis ini belum berlaku.
6. **Manfaat Pertanggungan** adalah sejumlah uang yang tercantum dalam Ikhtisar Polis Tertanggung yang akan dibayarkan oleh Penanggung kepada Tertanggung jika memenuhi persyaratan yang ditentukan.
7. **Rawat Inap** adalah proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu dimana, pasien diinapkan di suatu ruangan di Rumah Sakit dengan minimal 6 jam perawatan di Rumah Sakit tersebut.
8. **Penyakit** adalah suatu keadaan dimana terjadi perubahan kondisi fisik dengan tanda adanya penyimpangan patologis (pemeriksaan pendahuluan) dari keadaan kesehatan yang normal.
9. **Penyakit Infeksi** adalah penyakit yang disebabkan oleh sebuah agen biologi (seperti virus, bakteri atau parasit) dan penyakit-penyakit yang mudah ditegakkan diagnosa klinisnya.
10. **Rumah Sakit** adalah Lembaga atau yayasan yang mempunyai izin operasi secara sah sesuai ketentuan hukum yang berlaku di negara tempat lembaga atau yayasan tersebut berada serta memenuhi persyaratan sebagai berikut :
 - a. Beroperasi khusus menerima perawatan kesehatan dan perawatan orang sakit atau orang yang mengalami kecelakaan atas dasar rawat inap.
 - b. Mempunyai peralatan dan fasilitas untuk diagnosis, pengobatan dan perawatan 24 (Dua puluh empat) jam dan pembedahan / operasi besar.
 - c. Mempunyai ijin operasi sebagai Rumah Sakit memenuhi persyaratan hukum yang berlaku di negara tersebut.
 - d. Memberikan pelayanan secara penuh waktu oleh perawat yang memiliki ijin dibawah pimpinan dokter yang memiliki ijin untuk berpraktek di Rumah Sakit.
11. **Demam Berdarah Dengue** atau disingkat **DBD** adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang dibawa oleh nyamuk aedes aegypti betina lewat air liur gigitan saat menghisap darah manusia yang harus dibuktikan dengan hasil diagnosa dokter dan dengan hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan jumlah trombosit kurang dari 150.000 (seratus lima puluh ribu).
12. **Tipus** atau **demam tifoid** merupakan infeksi berat pada saluran cerna yang disebabkan oleh bakteri Salmonella typhi yang harus dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan widal minimal 1/640 atau ditemukannya Salmonella typhi di feses atau Anti-Salmonella typhi IgM 6 -10 dan hasil diagnosa dokter yang menyatakan bahwa tertanggung menderita Tipus dan harus dirawat inap.
13. **Pneumonia** adalah penyakit infeksi yang menyebabkan paru-paru meradang. Penyakit Pneumonia harus dibuktikan dengan pemeriksaan XRay yang menyatakan bahwa Tertanggung menderita Pneumonia (tanda/infiltrat pada Paru-paru).
14. **Meningitis** adalah infeksi pada meninges (selaput pelindung) yang menyelimuti otak dan saraf tulang belakang. Penyakit Meningitis harus dibuktikan dengan pemeriksaan lumbar pungsi yang menunjukkan peningkatan lebih dari 10 sel limfosit atau granulosit atau peningkatan kadar protein cairan otak.
15. **Difteri** adalah suatu infeksi akut pada saluran pernafasan. Penyakit Difteri harus dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium dari swab tenggorokan yang menunjukkan ditemukannya Corynebacterium Diptheriae.

PASAL 2. JAMINAN ASURANSI

Polis ini akan memberikan santunan kepada Tertanggung atau Ahli Warisnya yang sah sebesar yang tertera dalam Ikhtisar Polis, jika Tertanggung terdiagnosis salah satu penyakit infeksi dari 5 (lima) penyakit infeksi (Demam Berdarah, Tipus, Pneumonia, Meningitis, atau Difteri) dan dirawat di Rumah Sakit selama berlakunya Polis ini.

PASAL 3. MANFAAT ASURANSI

Santunan rawat inap sebesar **Rp 500.000,-** (lima ratus ribu rupiah) perhari maksimal **Rp5.000.000** (lima juta rupiah) atau maksimal **selama 10 (sepuluh) hari** untuk 5 (lima) penyakit. Dengan maksimal klaim 2 (dua) kali dalam setahun.

PASAL 4. PERSYARATAN

1. Polis ini berlaku bagi Tertanggung yang berusia 6 (enam) bulan sampai dengan usia 54 (lima puluh empat) tahun.
2. Masa tunggu (waiting period) adalah 30 (tiga puluh) hari kalender sejak awal periode Polis (inception). Selama masa tunggu, jaminan asuransi yang tercantum dalam Polis ini tidak berlaku.
3. Terdapat masa tunggu (waiting periode) selama 14 (empat belas) hari untuk klaim kedua.
4. Metode klaim dengan cara reimbursement.
5. Harus ada diagnosa dari Dokter untuk Rawat Inap dan ada Indikasi Rawat Inap.
6. Peserta dapat membeli Hospital Cash Plan 5 Diseases maks. 2 (dua) unit polis hidup/tahun dengan mendapatkan benefit 2 (dua) kali benefit seharusnya.
7. Peserta hanya boleh melakukan klaim maksimal 2 (dua) kali dalam satu periode polis.
8. Pertanggungan ini berlaku di seluruh wilayah Negara Republik Indonesia maupun di luar wilayah Negara Republik Indonesia. Khusus untuk pertanggungan di luar wilayah Negara Republik Indonesia, dokumen klaimnya diharuskan menggunakan bahasa Inggris.

PASAL 5. TANGGAL BERLAKUNYA PERTANGGUNGAN

Polis ini mulai berlaku sejak tanggal sebagaimana tercantum dalam Ikhtisar Polis dan Premi telah dibayar lunas.

PASAL 6. PENGHENTIAN POLIS

Polis akan berakhir dalam hal-hal sebagai berikut :

1. Berakhirnya jangka waktu Polis.
2. Pembatalan Polis.

Penanggung dan Tertanggung masing-masing berhak setiap waktu menghentikan Polis ini dengan memberitahukan alasannya. Pemberitahuan penghentian tersebut dilakukan secara tertulis dengan surat tercatat atau cara lain yang dapat dibuktikan dengan bukti pengiriman oleh pihak yang menghendaki penghentian Polis kepada pihak lainnya di alamat terakhir yang diketahui. Untuk pembatalan polis ini, Premi yang telah dibayarkan tidak dapat dikembalikan.
3. Jika Tertanggung meninggal dunia.
4. Jika Tertanggung dikenakan tahanan / hukuman penjara.
5. Tertanggung dan Penanggung sepakat untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia sejauh suatu penetapan pengadilan diperlukan untuk mengakhiri Polis ini.

PASAL 7. PEMBAYARAN PREMI

1. Tertanggung sebelum periode asuransi dimulai, terlebih dahulu melunasi premi asuransi menggunakan mata uang rupiah (Rp) dengan cara membayar premi langsung kepada penanggung atau saluran distribusi lain yang ditetapkan Penanggung, secara tunai atau melalui cara bertransaksi non-tunai yang berlaku. Premi dinyatakan telah diterima apabila premi tersebut telah masuk ke dalam rekening Penanggung atau saluran distribusi lain yang telah ditunjuk oleh Penanggung.
2. Pembayaran Premi dapat dilakukan dengan cara tunai, cek, bilyet giro, transfer atau dengan cara lain yang disepakati antara Penanggung dan Tertanggung. Penanggung dianggap telah menerima pembayaran premi, pada saat :
 - a. Diterimanya pembayaran tunai, atau
 - b. Premi bersangkutan sudah masuk ke rekening Bank Penanggung, atau
 - c. Penanggung telah menyepakati pelunasan Premi bersangkutan secara tertulis.
3. Apabila terjadi kerugian yang dijamin oleh Polis dalam tenggang waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di atas, Penanggung akan melanjutkan proses klaim terhadap kerugian tersebut apabila Tertanggung telah melunasi Premi dalam tenggang waktu bersangkutan.

PASAL 8. MATA UANG

Dalam hal Premi dan atau klaim berdasarkan polis ini ditetapkan dalam mata uang rupiah.

PASAL 9. CARA MENGAJUKAN KLAIM

Dalam hal terjadi suatu kerugian yang dijamin dalam Polis ini, maka :

1. Dokumen klaim diterima oleh Penanggung dari Tertanggung dalam waktu maksimal 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak keluar dari rumah sakit.
 2. Apabila terdapat kekurangan dokumen/informasi klaim dari Tertanggung, maka kekurangan tersebut dapat dikirimkan kembali dan diterima oleh Penanggung selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal Informasi Tunda dikeluarkan oleh Penanggung.
 3. Dokumen klaim yang harus dilengkapi :
 - Formulir klaim asuransi Hospital Cash Plan (5 Disease) yang telah diisi dengan lengkap;
 - Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/ SIM/ Paspor) yang masih berlaku atau Fotokopi Kartu Keluarga (apabila Tertanggung dibawah 17 (tujuh belas) tahun);
 - Fotokopi legalisir resume medis dilengkapi dengan keterangan lama rawat inap;
 - Fotokopi legalisir hasil pemeriksaan laboratorium/penunjang lainnya dan resep obat yaitu :
 - a. Demam Berdarah Dengue**
Dengan hasil diagnosa dokter dan dengan hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan jumlah trombosit kurang dari 150.000 (seratus lima puluh ribu).
 - b. Tipus**
Dengan hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan widal minimal 1/640 atau ditemukannya Salmonella typhi di feses atau Anti-Salmonella typhi IgM 6 -10.
 - c. Pneumonia**
Dengan hasil pemeriksaan XRay yang menyatakan bahwa Tertanggung menderita Pneumonia (tanda/infiltrat pada Paru-paru).
 - d. Meningitis**
Dengan pemeriksaan lumbal pungsi yang menunjukkan peningkatan lebih dari 10 sel limfosit atau granulosit atau peningkatan kadar protein cairan otak.
 - e. Difteri**
Dengan pemeriksaan laboratorium dari swab tenggorokan yang menunjukkan ditemukannya Corynebacterium Diphtheriae.
 - Dokumen tambahan lainnya yang relevan, jika diperlukan.
- Apabila Tertanggung meninggal, maka ahli waris dapat mengajukan klaim dengan melengkapi :
- Fotokopi identitas diri Ahli Waris (KTP/ SIM/ Paspor) yang masih berlaku;
 - Fotokopi Kartu Keluarga;
 - Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit/Instansi Pemerintah Terkait.
- Bila kewajiban-kewajiban yang tersebut diatas tidak dipenuhi oleh Tertanggung atau wakilnya yang sah, maka Penanggung berhak untuk menolak memberikan santunan atau penggantian biaya kepada Tertanggung.
4. Cara klaim Hospital Cash Plan (5 Diseases) :
Dokumen klaim yang sudah lengkap dapat dikirimkan ke alamat :
UP. Health Claim Department
PT Asuransi Adira Dinamika
Jalan Prof. Soepomo No. 71 A-B, Menteng Dalam Tebet Jakarta Selatan 12780
 5. Untuk informasi produk dan klaim lebih lanjut silahkan hubungi Adira Care 1500 456.

PASAL 10. PEMBAYARAN KLAIM

Penanggung wajib menyelesaikan pembayaran klaim dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak kesepakatan antara Penanggung dan Tertanggung.

PASAL 11. PERSELISIHAN

Apabila timbul sengketa antara Penanggung dan Tertanggung sebagai akibat penafsiran atau pelaksanaan pertanggungan ini, maka para pihak sepakat untuk menyelesaikan melalui perdamaian atau musyawarah dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak terjadi perselisihan.

Perselisihan dianggap terjadi sejak Tertanggung atau Penanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah tidak dapat dicapai, Penanggung memberikan kebebasan kepada Tertanggung untuk memilih salah satu dari klausul penyelesaian perselisihan sebagaimana diatur berikut ini, untuk selanjutnya tidak dapat dicabut atau dibatalkan. Tertanggung wajib untuk memberitahukan pilihannya tersebut secara tertulis kepada Penanggung.

A. Klausul Penyelesaian Sengketa melalui BMAI

Apabila sesuai dengan ketentuan dan persyaratan yang diatur dalam polis ini tertanggung berhak untuk mendapatkan ganti rugi atas setiap klaim.

Apabila klaim ditolak karena tidak terpenuhinya ketentuan atau persyaratan polis ini dan jumlah klaim tidak lebih dari Rp 750.000.000,- per kasus dan tertanggung berkeberatan atas penolakan itu, peserta boleh menempuh upaya penyelesaian melalui Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI).

Pelayanan BMAI tidak dikenakan biaya
Keputusan Ajudikasi BMAI wajib kami terima
Anda bebas untuk menerima atau menolak keputusan Ajudikasi BMAI

Anda dapat menghubungi BMAI melalui :

Phone No : 021-5274145

Fax No : 021-5274146

Email : info@bmaindo.com

Website : www.bmaindo.com

B. Klausul Penyelesaian Sengketa melalui Arbitrase

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan usaha penyelesaian sengketa melalui Arbitrase Ad Hoc sebagai berikut :

1. Majelis Arbitrase Ad Hoc terdiri dari 3 (tiga) orang Arbiter. Tertanggung dan Penanggung masing-masing menunjuk seorang Arbiter dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah diterimanya pemberitahuan, yang kemudian kedua Arbiter tersebut memilih dan menunjuk Arbiter ketiga dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender setelah Arbiter yang kedua ditunjuk. Arbiter ketiga menjadi ketua Majelis Arbitrase Ad Hoc.
2. Dalam hal terjadi ketidaksepakatan dalam penunjukkan para Arbiter dan atau kedua Arbiter tidak berhasil menunjuk Arbiter ketiga, Tertanggung dan atau Penanggung dapat mengajukan permohonan kepada ketua Pengadilan Negeri yang daerah hukumnya dimana termohon bertempat tinggal untuk menunjuk para Arbiter dan atau ketua Arbiter.
3. Pemeriksaan atas sengketa harus diselesaikan dalam waktu paling lama 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak Majelis Arbitrase Ad Hoc terbentuk. Dengan persetujuan para pihak dan apabila dianggap perlu oleh Majelis Arbitrase Ad Hoc, jangka waktu pemeriksaan sengketa dapat diperpanjang.
4. Putusan Arbitrase bersifat final dan mempunyai kekuatan hukum tetap dan mengikat Tertanggung dan Penanggung. Dalam hal Tertanggung dan atau Penanggung tidak melaksanakan putusan Arbitrase secara sukarela, putusan dilaksanakan berdasarkan perintah ketua Pengadilan Negeri yang daerah hukumnya dimana termohon bertempat tinggal atas permohonan salah satu pihak yang bersengketa.
5. Untuk hal-hal yang belum diatur dalam pasal ini berlaku ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 30 Tahun 1999 tanggal 12 Agustus 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa

C. Klausul Penyelesaian Sengketa melalui Pengadilan

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan usaha penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri.

Dalam hal gugatan dilakukan oleh Tertanggung, maka Tertanggung berhak untuk memilih mengajukan gugatan melalui Pengadilan Negeri dimana Tertanggung berdomisili berdasarkan Polis ini, atau Pengadilan Negeri dimana Penanggung berdomisili.

Dalam hal gugatan diajukan oleh Penanggung, maka gugatan akan diajukan pada Pengadilan Negeri di wilayah hukum domisili Tertanggung sebagaimana tersebut dalam Polis ini.

PASAL 12. PENUTUP

Untuk hal-hal yang belum atau tidak cukup diatur dalam Polis ini, berlaku ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan atau Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.